

Regroupement visant l'Excellence de  
**REINQ**  
la pratique Infirmière en Néphrologie au Québec



**14<sup>e</sup> Colloque du REINQ, le 1<sup>er</sup> et le 2 octobre 2018**

**S'adapter à l'évolution : un travail d'équipe !**

# LES MYSTÈRES DU DON VIVANT: QUE FAUT-IL SAVOIR ?

Liane Dumais, IPSSA néphrologie, M. Sc., D.E.S.S.,

Julie Chénard, inf. clinicienne pré-greffe rénale

Josée Marchand, inf. clinicienne pré-greffe rénale

REINQ, 1<sup>er</sup> octobre 2018

# DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Liane Dumais

Rémunération octobre 2016 pour services rendus  
« Les Efficientes »

Josée Marchand

Aucun conflit d'intérêts

# PLAN DE LA PRÉSENTATION

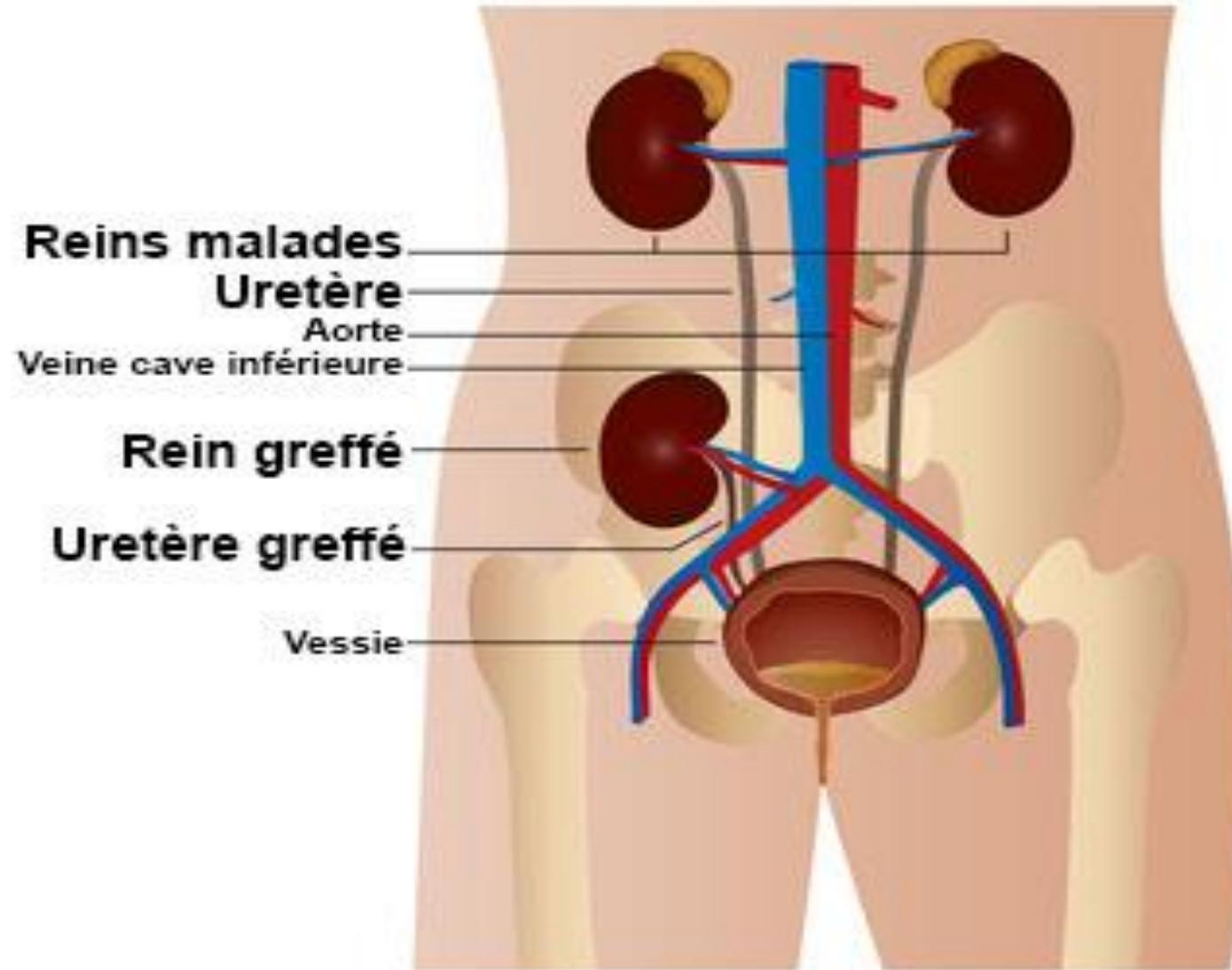
- Introduction
- Le don vivant
  - Types de donneur
  - Avantages de la greffe avec don vivant pour le receveur
  - Processus d'évaluation du donneur vivant potentiel
- Avantages et risques pour le donneur potentiel
- Comment demander un rein à ses proches?
  - Identification des barrières
  - Stratégies/approches
- Options si donneur vivant non-compatible
- Conclusion

# OBJECTIFS GÉNÉRAUX



- Renseigner les infirmières sur le don vivant
- Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant auprès de son entourage
- Renseigner les infirmières sur les interventions visant à outiller le receveur pour aborder le don vivant
- Renseigner les infirmières sur les options si le donneur vivant est incompatible

# Greffe de rein



La transplantation rénale est un **mode de suppléance** qui offre, pour la plupart des receveurs, une meilleure qualité de vie.

Il s'agit d'un traitement et **ne guérit pas** les reins malades.



## Temps d'attente moyen des personnes transplantées par type ou combinaison d'organes, au 31 décembre 2017

284 jours



351 jours



184 jours



493 jours



355 jours



223 jours



## ÉCART GRANDISSANT ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

- Explosion de nombre de patients en dialyse
  - Particulièrement dans les groupes plus âgés
- Augmentation du nombre de patients sur la liste d'attente de greffe
  - Demande d'inscription de la part de patients qui n'étaient pas considérés auparavant
- Demande est beaucoup plus rapide que le nombre de donneurs d'organes disponibles
  - Augmentation dans les groupes plus âgés

- Amélioration de la survie
- Meilleure qualité de vie
- Amélioration de l'état général
- Changement du stade d'insuffisance rénale (pas de dialyse)
- Moins de restrictions alimentaires
- Retour à une vie professionnelle active
- Coût moindre pour la société\*

- Acte chirurgical majeur
  - Anastomoses artérielle et veineuse
  - Anastomose uretère à la vessie
- Déconseillé >70 ans sinon « WOW » («well otherwise»)
- Risques de complications court et long terme
  - Maladies cardio-vasculaires
  - Infections
  - Cancers

# DÉSAVANTAGES DE LA TRANSPLANTATION

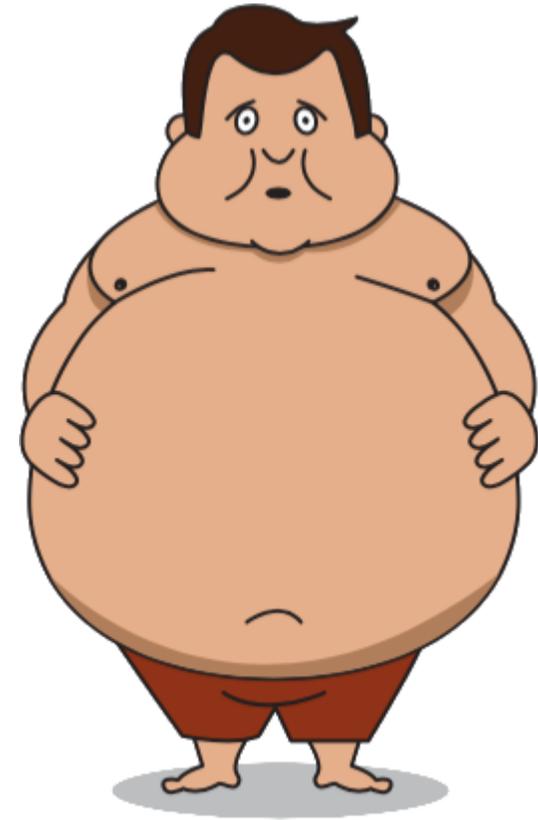
- Risque de décès
- Immunosuppression à vie
- Rendez-vous médicaux multiples
- Suivi souvent non possible dans le lieu résidence (soins ultraspécialisés)
- Post-greffe immédiat, suivi plus exigeant que la dialyse



# LE RECEVEUR PEUT-IL RECEVOIR?

- Néoplasie active
- Maladie chronique avec espérance de vie < 1 an
- Psychose non contrôlée
- Consommation active de drogues dures

- Infection active (dont HIV et hépatite)
- Maladie coronarienne sévère
- Obésité morbide  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$
- Non fidélité au traitement reconnue
- Âge (âge chronologique  $\neq$  âge physiologique)



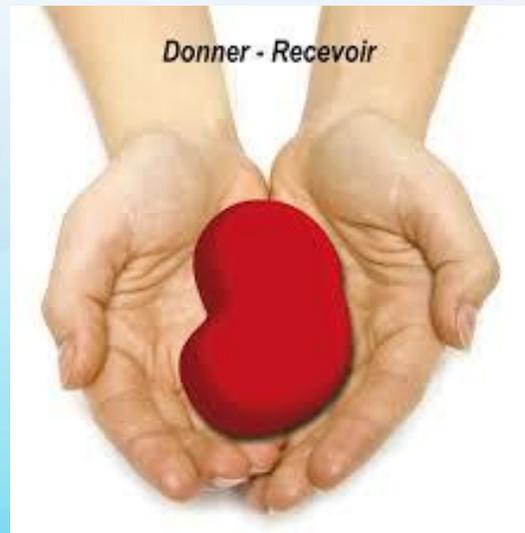
Source image: <https://www.optimyself.com/surpoids-obesite/>

# OBJECTIFS GÉNÉRAUX



- **Renseigner les infirmières sur le don vivant**
  - Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant auprès de son entourage
  - Renseigner les infirmières sur les interventions visant à outiller le receveur pour aborder le don vivant
  - Renseigner les infirmières sur les options si le donneur vivant est incompatible

# LES TYPES DE DONNEURS



- Deux types de donneurs
  - Donneur cadavérique (attribution gérée par Transplant Québec)
    - Donneur en décès neurologique (DDN)
    - Donneur en décès cardiovasculaire (DDC)
  - Donneur vivant (don dirigé donc géré par les centres transplantateurs sauf si registre don croisé)

- Meilleure survie
- Meilleure fonction rénale
- Moins de retard de reprise de fonction
  - Temps d'ischémie froide plus court
- Meilleure survie greffon
  - Taux de survie du greffon à 10 ans HDQ<sup>1</sup>
    - 70% si donneur décédé
    - 90% si donneur vivant

- Amélioration qualité de vie
- Moins de temps en dialyse, meilleurs sont les résultats après la transplantation
- Réduction délai d'attente pour la greffe
- Permet d'éviter la dialyse si réalisée de façon préemptive,
- Réduction durée séjour hospitalier
- Chirurgie planifiée

**QUI VEUT DONNER?**

et

**QUI PEUT DONNER?**

# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 1

## DONNEUR POTENTIEL

- Dame 74 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: connaissance**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- TPP MIG/ Déficit protéine S? (1985)
- Péricardite (2005)
- HAT sur fibromes/ovariectomie G (1974)
- Appendicectomie (2014)
- Aucun tabagisme
- IMC: 24,3 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 69 ans
- Groupe sanguin A
- Maladie rénale : maladie IgA



# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 2

## DONNEUR POTENTIEL

- Homme 55 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: père**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Vasectomie/ménisectomies bil.
- Septoplastie/amygdalectomie
- Tabagisme (18 pqts/année: cessé X 18 ans)
- IMC: 30 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 27 ans
- Groupe sanguin O
- Maladie Rénale: syndrome d'Alport



# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 3

## DONNEUR POTENTIEL

- Dame 35 ans
- Groupe sanguin O
- **Lien avec receveur: père**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Fibroadénome sein G
- G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>A<sub>2</sub> (2 césariennes)
- Aucun tabagisme
- Aucun médicament
- IMC: 30,1kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 64 ans
- Groupe sanguin B
- Maladie rénale: néphrite interstitielle allergique



# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 4

## DONNEUR POTENTIEL

- Homme 57 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: conjointe**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Syndrome apnée du sommeil appareillée
- Syndrome du côlon irritable
- Cholécystectomie (2011)
- Marche 5 km/jour
- IMC: 27,4 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Femme 56 ans
- Groupe sanguin A
- Maladie rénale: néphropathie diabétique Type 1



# LE DONNE(U)R VIVANT ?

## Première transplantation réussie avec donneur vivant

### ■ Aux USA

#### ■ 1954, Boston avec jumeaux identiques

- Richard et Ronald Herrick

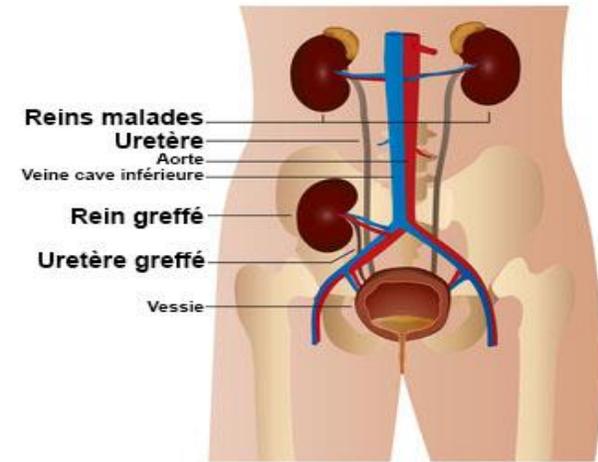
### ■ Au Canada

#### ■ 1958, Hôpital Royal Victoria avec jumelles identiques

### ■ À l'HDQ,

#### ■ 1972 (sœur à frère)

Greffe de rein



- Apparenté: liens biologiques
- Non apparenté: forts liens émotifs
- Altruiste: aucun lien biologique et aucun lien émotif



- Limite d'âge >18 ans et < 70 ans ... **MAIS**
  
- Bonne fonction rénale
  
- Bonne santé
  
- Apte à comprendre les risques possibles et à donner son consentement

- Emphase est mis sur la capacité à consentir car il ne s'agit pas d'une procédure pour aider le donneur ou améliorer sa santé
- Contrevient à la directive de ne pas nuire « primum non nocere »



Rule #1  
Do No Harm

# CAPACITÉ À CONSENTIR

- Être un adulte compétent (démontrer sa capacité à décider)
- Libre de donner (sans coercition)
- Apte médicalement et psychologiquement à donner

- Informé des risques et des conséquences de la donation
- Informé des alternatives à la transplantation pour le receveur i.e poursuite de la dialyse



- Évaluation exhaustive de la condition de santé avec détection précoce de certains problèmes de santé
- Bénéfices liés à l'amélioration de la qualité de vie du receveur proche



- Meilleure estime de soi
- Meilleure qualité de vie
- Pas de regret d'avoir donné
- Autonomisation («empowerment»)

# PROCESSUS D'ÉVALUATION DU DONNEUR VIVANT



- Impératif de sécurité pour le donneur
- Évaluation des risques doit être centrée sur le donneur

Le donneur est évalué selon 4 grands axes:

- Opérable (court terme: risque non nécessaire)
- Qualité de l'organe à transplanter au receveur
- Évaluation psycho-sociale
- Risque à long terme (survie et morbidité)

\*investigation médicale poussée (examens multiples, durée, etc)

- Diabète mellitus
- Cancer actif
- Maladie rénale connue
- Anomalies urologiques connues
- Lithiases récidivantes
- Troubles cognitifs



Source image; [www.eurachem.com](http://www.eurachem.com)

- Maladie mentale non contrôlée et abus actif de substances
- Antécédents de maladie thrombotique
- HTA non contrôlée ou nécessitant plusieurs médicaments
- Obésité avec IMC  $> 35 \text{ kg/m}^2$

- Évaluation exhaustive du donneur potentiel (médicale et psycho-sociale)
- Pour 1 donneur accepté, en moyenne 4 refus
- Évaluation donneur potentiel et receveur est effectuée par 2 néphrologues différents
- Chaque donneur évalué est présenté à l'équipe de greffe du centre transplantateur pour avis si don sécuritaire pour le donneur potentiel

- Possibilité pour le donneur potentiel de se retirer à tout moment du processus
- Les raisons de son retrait sont respectées et confidentielles



# RISQUES POUR LE DONNEUR

- Faible risque de mortalité
  - 3 décès pour 10 000 néphrectomie (0,03%)
- Risque chirurgical comparable à celui d'une cholécystectomie
  - Chirurgie est le plus souvent effectuée par laparoscopie
  - Chirurgie électorive
  - Santé du donneur excellente
- Risque de traumatisme des organes adjacents

- Complications liées à l'anesthésie comparables à la population générale pour:
  - infarctus, AVC, thrombophlébite, embolie pulmonaire
- Complications post-opératoires comparables à la population générale pour:
  - Saignements, risque de transfusion, infections, douleur

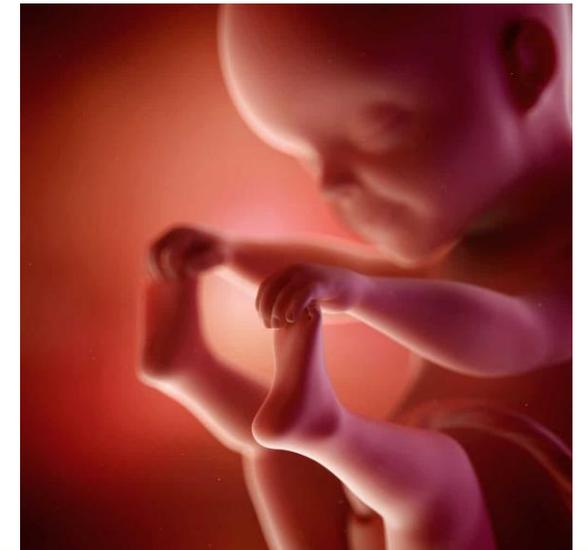
- **Plusieurs études ont rapporté une survie similaire ou supérieure à la population générale**
- Tandis que d'autres, rapportent une mortalité un peu plus élevée quoique faible
- Limites de ces études: durée, populations comparées

- Le risque d'IRCT serait augmenté après la donation
- Taux rapporté serait de 0,47%\* comparativement à 0,07% (non-donneurs)
- Risque relatif serait entre 7 et 11\* fois plus élevé comparé aux non-donneurs mais risque absolu serait bas (0,5 événement par 1000 personnes/années)
- Bon nombre d'études rapportent un risque d'IRCT après la donation qui ne serait pas supérieur à la population générale (3%)
- Risque augmenté en présence DFGe plus bas, albuminurie élevée, hypertension, tabagisme actif ou ancien, diabète et obésité

- Risque plus grand de développer HTA plus grand après la donation avec risque protéinurie bas grade (26 à 33 %)
- Augmentation pression artérielle observée ( 5-7 mmHg/systolique et 4 mmHg/diastolique)
- Prévalence de l'HTA serait inférieure à la population générale

- Facteurs de risque sont similaires à ceux de la population générale
  - IMC  $\geq 25$ , glycémie à jeun plus élevée, tabagisme, hyperlipidémie, pression systolique plus élevée, ATCD familiaux HTA
- Risque augmente avec l'âge du donneur
- Risque de base augmenté chez certaines ethnies
  - Afro-américains, hispaniques

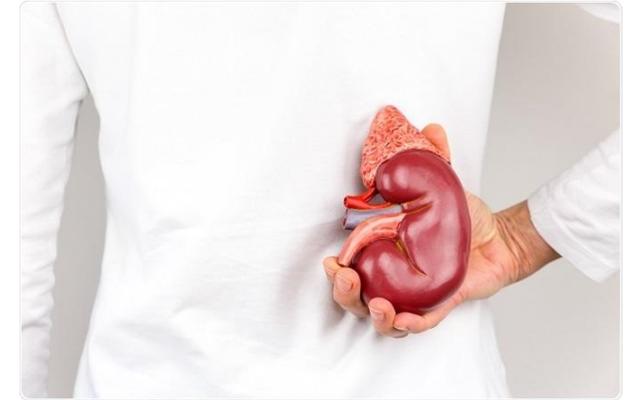
- Risque de pré-éclampsie plus élevé si grossesse post-donation que pré-donation (5,7% vs 2,6%)\*
- Risque d'hypertension gestationnelle serait un peu plus élevé
- Pas de risque augmenté de bébé de petit poids ou de naissance prématurée
- Il est recommandé d'attendre avant de donner si désir de grossesse (i.e. famille complétée)



Source: <https://www.uptodate.com/contents/risk-of-living-kidney-donation>

Source image: <https://www.plainedefrance.fr/grossesse>

- Risques de perdre le rein restant
  - Cancer
  - Trauma
  - Infection
  - Maladie immunologique (aurait touché les 2 reins)



# OBJECTIFS GÉNÉRAUX



- Renseigner les infirmières sur le don vivant
- **Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant auprès de son entourage**
- Renseigner les infirmières sur les interventions visant à outiller le receveur pour aborder le don vivant
- Renseigner les infirmières sur les options si le donneur vivant est incompatible

# ABORDER LE DON VIVANT: IDENTIFICATION DES BARRIÈRES



- Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant
- Orienter les interventions en fonction des barrières identifiées (priorisation)
- Se rappeler que le processus va nécessiter plusieurs discussions

Un rein, c'est difficile à demander pour certaines personnes.

- Croyances personnelles
- Crainte de porter préjudice à la santé d'un proche
- Crainte d'un refus (offre d'un donneur devrait être spontanée)

- Demande devrait être faite par les professionnels transplantateurs
- Sentiment de culpabilité et de responsabilité
- Sentiment d'ambivalence et d'incertitude

- Liées à la fois au receveur et au donneur
  - Connaissance limitée des bénéfices de la transplantation
  - Dénier de la nécessité d'être transplanté
  - Croyances culturelles et religieuses
  - Aspect financier

# PROGRAMME REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DES DONNEURS VIVANTS (PRDDV)

L'objectif du PRDDV est de soutenir le geste du donneur en remboursant, jusqu'à hauteur de 5715 \$, une partie des dépenses liées à son don.

- Déplacement
- Stationnement
- Hébergement
- Repas
- Perte de revenus

# OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Renseigner les infirmières sur le don vivant
- Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant auprès de son entourage
- **Renseigner les infirmières sur les interventions visant à outiller le receveur pour aborder le don vivant**
- Renseigner les infirmières sur les options si le donneur vivant est incompatible



# ABORDER SES PROCHES

## APPROCHE DIRECTE ET INDIRECTE

- Peu importe l'approche choisie, les étapes/actions sont les mêmes.
- Lors d'une approche directe, le receveur fait lui-même la demande auprès du ou des donneurs vivants potentiels.
- Lors de l'approche indirecte, le receveur utilise « un porte-parole » pour livrer son message auprès du ou des donneur vivants potentiels.

Le receveur devrait:

- S'informer au sujet du don vivant
- Faire une liste des personnes à qui en parler
- Rédiger et partager son histoire
- Rencontrer son entourage (si approche directe donc par receveur, si approche indirecte par un tiers)
- Faire circuler l'information

- Sites internet d'organisations reconnues
  - Transplant Québec
  - Je donne un rein
  - Société Canadienne du rein
  - UNOS Transplant living
  - National Kidney Fondation
  
- S'informer auprès des professionnels de santé en néphrologie

# FAIRE UNE LISTE DES PERSONNES À QUI EN PARLER

- La famille et les proches
- Les amis
- Les collègues de travail
- Les collègues étudiants
- Les membres de la communauté religieuse
- Les membres des groupes sociaux
- Etc

## Partager l'information / communiquer le besoin

- La plupart des gens ne sont pas informés de la possibilité de don vivant
- Vos proches ne savent peut-être pas que vous avez besoin d'un rein

Planifier le contenu de la discussion

Le receveur devrait:

- Rédiger son histoire ou un plan des éléments à aborder (par écrit ou verbalement)
  - Il doit être à l'aise au sujet des informations qu'il communique sur sa santé
- Parler de sa maladie rénale et de ses conséquences sur sa vie
  - La maladie rénale est une maladie qui a souvent peu de signes extérieurs évidents

Le receveur devrait :

- Parler de son état de santé actuel
- Parler du type de dialyse et de ses conséquences sur sa vie
- Signifier clairement qu'il a besoin d'une transplantation

Le receveur devrait :

- Expliquer les bénéfices de la transplantation par rapport à la dialyse et des avantages à recevoir un rein en provenance d'un don vivant
- Spécifier que l'évaluation du donneur est un processus rigoureux visant à réduire au minimum les risques pour le donneur potentiel

- Inviter un proche lors des consultations médicales avec le néphrologue ou l'infirmière en pré-greffe. Il peut devenir un porte-parole
- Avec l'accord du receveur, permettre à l'entourage de faire part du besoin de transplantation et des avantages du don vivant

- Envoyer une lettre ou un courriel aux personnes importantes de la vie du receveur (contenu personnalisé à l'interlocuteur et privé)
- Utilisation des médias sociaux \* (Facebook, Instagram, etc)
- Bulletin de nouvelles télévisées (...)\*



## Règles minimales à respecter

- Être prudent
- Être honnête
- Respect des politiques du centre transplantateur sur l'utilisation des médias sociaux
- Ne jamais donner le nom ou le numéro de téléphone (poste du professionnel)

The image shows the Facebook logo, which consists of the word "facebook" in white lowercase letters on a dark blue rectangular background.

## Risques pour le receveur



- Risque de déception (donneurs peuvent se manifester et ne pas être des candidats à la donation)
- Risque d'abus (certaines personnes peuvent profiter de la vulnérabilité du receveur, notamment demander de l'argent, ce qui est illégal)

(Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation, 2008)

# OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Renseigner les infirmières sur le don vivant
- Identifier les barrières du receveur qui l'empêche d'aborder le don vivant auprès de son entourage
- Renseigner les infirmières sur les interventions visant à outiller le receveur pour aborder le don vivant
- **Renseigner les infirmières sur les options si le donneur vivant est incompatible**



**ET SI LE DONNEUR N'EST PAS COMPATIBLE?**

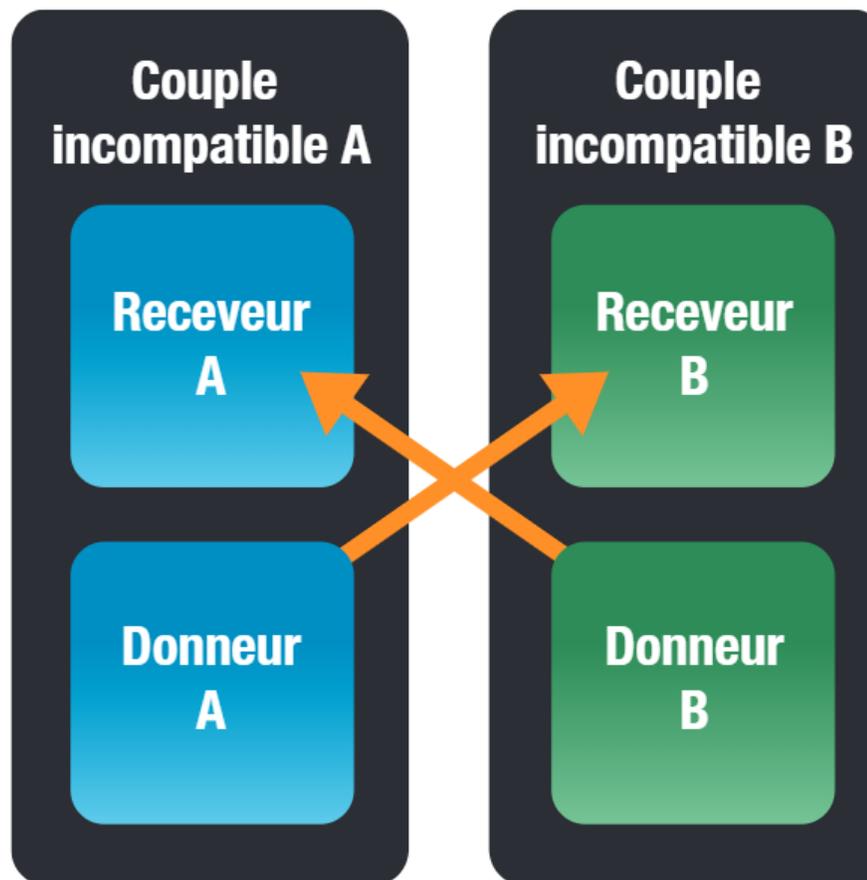
- **Registre canadien de don croisé de rein (DCR)**
  - Incompatibilité ABO
  - Anticorps dirigés contre les antigènes du donneur
  
- **Désensibilisation**
  - Barrière ABO

- Programme interprovincial géré conjointement par la Société canadienne du sang et les programmes de don et de transplantation de reins au Canada
- Existe depuis 2008
- Le programme permet à des couples donneurs/receveurs incompatibles d'avoir accès au don vivant par l'entremise du don croisé

- Processus d'évaluation du donneur est le même à celui du don dirigé
- L'anonymat et la confidentialité des renseignements personnels sont respectés en tout temps
  - Le donneur ne rencontrera pas son receveur
  - Le nombre de couples impliqués dans une chaîne leur est inconnu
- Participation volontaire et possibilité de se retirer à tout moment
- Pour l'instant, le donneur doit se déplacer dans le centre de don

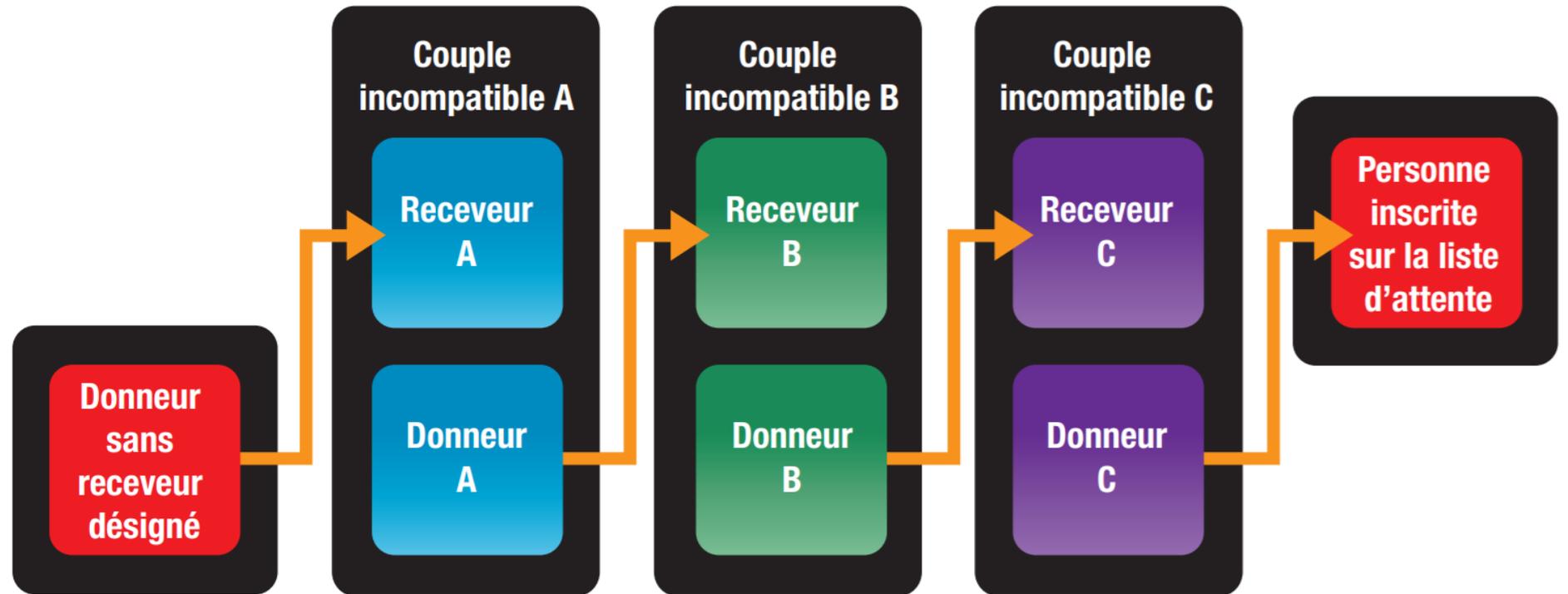
- Lorsque donneur accepté pour don, inscription du couple receveur-donneur incompatible au programme DCR
  
- Cycles de jumelage
  - Appariement receveurs avec donneurs compatibles virtuellement via un algorithme informatique pour la formation d'une chaîne optimale de dons en fonction:
    - Compatibilité groupe sanguin (ABO)
    - Compatibilité HLA
    - Anticorps anti-HLA
    - Âge

# EXEMPLE DE CHAÎNE



Chaîne de don simple

# EXEMPLE DE CHAÎNE



Début de chaîne avec donneur sans receveur désigné ou chaîne en domino

# AVANTAGES REGISTRE DON CROISÉ (DCR)

- Permet de greffer plus de receveur avec un rein en provenance d'un donneur vivant
- Permet à ces receveurs d'être greffés plus rapidement
  - Les patients inscrits sur la liste d'attente pour des reins cadavériques doivent attendre plus longtemps avant d'être greffés
  - Ces patients restent plus longtemps en dialyse avec une augmentation des complications

# AVANTAGES REGISTRE DON CROISÉ (DCR)

- Permet de réduire le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente de Transplant-Québec
- Les donneurs vivants inscrits au DCR contribuent à l'amélioration de la qualité de vie de leur receveur mais également à celle des autres receveurs et de leur famille impliqués dans la chaîne
- Même si le donneur ne connaît pas le nombre de couple impliqué dans une chaîne, plus de receveurs bénéficieront d'une greffe, ce qui augmente le sentiment d'aide et de satisfaction personnelle
  - \*Il y a minimalement plus d'un couple impliqué sinon il s'agit d'un don dirigé

# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 1

## DONNEUR POTENTIEL

- Dame 74 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: connaissance**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- TPP MIG/ Déficit protéine S? (1985)
- Péricardite (2005)
- HAT sur fibromes/ovariectomie G (1974)
- Appendicectomie (2014)
- Aucun tabagisme
- IMC: 24,3 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 69 ans
- Groupe sanguin A
- Maladie rénale : maladie IgA probable (pas de biopsie)



# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 2

## DONNEUR POTENTIEL

- Homme 55 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: père**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Vasectomie/ménisectomies bil.
- Septoplastie/amygdalectomie
- Tabagisme (18 pqts/année: cessé X 18 ans)
- IMC: 30 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 27 ans
- Groupe sanguin O
- Maladie Rénale: syndrome d'Alport



**PROGRAMME DCR**

# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 3

## DONNEUR POTENTIEL

- Dame 35 ans
- Groupe sanguin O
- **Lien avec receveur: père**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Fibroadénome sein G
- G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>A<sub>2</sub> (2 césariennes)
- Aucun tabagisme
- Aucun médicament
- IMC: 30,1kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Homme 64 ans
- Groupe sanguin B
- Maladie rénale: néphrite interstitielle allergique

**PROGRAMME DCR**



# DONNEUR POTENTIEL EXEMPLE 4

## DONNEUR POTENTIEL

- Homme 57 ans
- Groupe sanguin A
- **Lien avec receveur: conjointe**
- Bonne santé

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Syndrome apnée du sommeil appareillée
- Syndrome du côlon irritable
- Cholécystectomie (2011)
- Marche 5 km/jour
- IMC: 27,4 kg/m<sup>2</sup>

## RECEVEUR

- Femme 56 ans
- Groupe sanguin A
- Maladie rénale: néphropathie diabétique type 1

**OFFRE REFUSÉE:  
DIABÈTE DÉCOUVERT AU COURS  
DE L'INVESTIGATION**

# CONCLUSION

- L'accès à la transplantation par un don vivant est bénéfique pour le receveur
- L'évaluation du donneur vivant potentiel est un processus exhaustif et rigoureux avec emphase sur le consentement éclairé
- Les risques pour le donneur, lorsqu'il est accepté, sont minimaux mais pas nuls

# CONCLUSION

- Les stratégies pour aborder le don vivant sont plutôt simples et font appel au «gros bon sens» (GBS)
- Il faut être informé sur le don vivant afin de mieux renseigner les receveurs pour les aider dans leurs démarches pour trouver un donneur vivant
- Mauvaise information devient une opportunité manquée
- Importance d'identifier les barrières afin d'adapter nos interventions

# CONCLUSION

- Aborder ses proches pour un donneur vivant: ce n'est pas l'affaire d'une seule discussion mais bien de plusieurs discussions
- Si le couple donneur-receveur est incompatible, l'accès au don vivant est maintenu via le registre de don croisé de rein (DCR)
- La désensibilisation pour franchir la barrière ABO n'est pas encore disponible au Québec

# QUESTIONS?



Danovitch, Gabriel M. (2010). *Handbook of kidney transplantation* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 210-216; pp. 217-249

Fortin, Marie-Chantal (2008). Living kidney donation: ethical aspects [Présentation Powerpoint]. New Brunswick Nephrology Day.

Gaillard François et Marie Courbebaisse (2018). Évaluation de la fonction rénale chez les donneurs vivants de rein. *Néphrologie & Thérapeutique* . Volume 14, pp. S67-S72

Gander et al. (2017) Decision aids to increase living donor kidney transplantation. *Current Transplant Reports*. March 4 (1) pp.1-12

Hanson et al. (2015) The expectations and attitudes of patients with chronic kidney disease toward living kidney donor transplantation: a thematic synthesis of qualitative studies. *Transplantation*, Volume 99 (3), pp. 540-553

Kranenburg, Leonieke W. and al. (2007). Psychological barriers for living kidney donation: how to inform the potential donors? *Transplantation*. Volume 84 No 8 pp. 965-971.

La Fondation canadienne du rein (2008) Les dons vivants: Un sujet à explorer.  
17 pages

La Fondation canadienne du rein (2018). Je donne un rein. [En ligne]  
[www.jedonneunrein.ca](http://www.jedonneunrein.ca). Consulté 4 septembre 2018

Lentine, Krista L. et John Vellas (2018). Risk of living kidney donation.  
[En ligne]. <http://www.uptodate.com>. Consulté le 24 août 2018.

Lincoln et al. ( 2011) Impact of Kidney Disease Outcomes Quality Initiative Guidelines on the prevalence of chronic kidney disease after living donor nephrectomy. *The Journal of Urology*. 185 (5), pp. 1820-1825

Matas et al. (2018). Causes and timing of end stage renal disease after living kidney donation. *American Journal of Transplantation*. 18 (5), pp.1140-1150

National Kidney Foundation. How to make the ask [En ligne]

<https://www.kidney.org/transplantation/livingdonors/how-to-make-the-ask>

Consulté septembre 2018.

# RÉFÉRENCES

Otto A. Sanchez et al. (2018). Hypertension after kidney donation: incidence, predictors and correlates. *American Journal of Transplantation*. Epub ahead of print.

Société canadienne du sang (2017) Qu'est-ce que le don de rein vivant? Pamphlet.

Société canadienne du sang. Registre de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires. Brochure

Société canadienne du sang (2018). Programme de don croisé du rein (DCR) [En ligne] <https://professionaleducation.blood.ca/fr/organes-et-tissus/programmes-et-services> . Consulté septembre 2018.

Transplant Québec (2018) Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants, [En ligne] <https://transplantquebec.ca/don-vivant>. Consulté 4 septembre 2018.

Transplant Québec (2017) Statistiques officielles 2017 [En ligne] <http://www.transplantquebec.ca>. Consulté 20 septembre 2018.

UNOS Transplant Living. Finding a living donor [En ligne]  
<https://transplantliving.org/kidney/how-to-find-a-living-donor/>. Consulté  
septembre 2018.

Waterman Amy. D., Stanley, S. and Tony Coveli (2006) Living donation  
decision make: recepients' concerns and educationnal needs. *Progress in  
Transplantation*, Volume 16 (1) pp.17-23.